

p a r t e I

Questões conceituais

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E FILOSÓFICOS DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Keith S. Dobson
David J. A. Dozois

Uma das dificuldades que persistiu ao longo do desenvolvimento das terapias cognitivo-comportamentais foi a definição de seu alcance. Embora as primeiras terapias cognitivo-comportamentais tenham surgido no começo da década de 1960 (Ellis, 1962), foi apenas na década de 1970 que surgiram os primeiros textos importantes sobre a “modificação cognitivo-comportamental” (Kendall e Hollon, 1979; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977). O período intermediário apresentou um interesse considerável na cognição e na aplicação da teoria cognitiva à mudança do comportamento. Mahoney (1977), por exemplo, observou que, enquanto a psicologia em geral havia passado por uma “revolução cognitiva”, o mesmo foco teórico estava sendo aplicado à psicologia clínica. Ao criar uma revolução teórica na psicologia clínica, diferentes teóricos e profissionais introduziram seus próprios interesses e perspectivas sobre os problemas em questão. Como resultado, foi proposto um grande número de modelos de mudança cognitiva e comportamental, e um verdadeiro armamentário de técnicas clínicas foi acrescentado ao repertório do clínico.

Este capítulo revisa os principais avanços na história das terapias cognitivo-comportamentais, com um foco no período entre o começo da década de 1960 e meados da de 1970. Após definir brevemente o alcance atual das

terapias cognitivo-comportamentais e a natureza essencial do modelo geral de terapia cognitivo-comportamental, revisamos as bases históricas dessa terapia, propondo e discutindo seis razões principais para o desenvolvimento da terapia cognitivo-comportamental. A seguir, o capítulo apresenta uma cronologia formal das principais abordagens de terapia cognitivo-comportamental e sintetiza seus principais fundamentos filosóficos. A última parte do capítulo sintetiza os princípios que todas essas terapias compartilham e aqueles que variam em cada abordagem.

DEFINIÇÃO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Em sua essência, todas as terapias cognitivo-comportamentais compartilham três premissas fundamentais:

1. A cognição afeta o comportamento.
2. A cognição pode ser monitorada e alterada.
3. A mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva.

Ainda que usando um título um pouco diferente, Kazdin (1978, p. 337) defendeu um

conjunto semelhante de premissas em sua definição da modificação de comportamento e de cognições: “o termo ‘comportamento e de cognições’ abrange tratamentos que visam mudar o comportamento alterando pensamentos, interpretações, pressupostos e estratégias de resposta”. A modificação cognitivo-comportamental e a terapia cognitivo-comportamental podem então ser consideradas quase idênticas em seus pressupostos básicos, e bastante similares em seus métodos de tratamento. Talvez a única área em que as duas identifiquem terapias divergentes seja com relação aos resultados do tratamento. Enquanto a modificação de comportamento e de cognições visa a mudança comportamental como resultado final (Kazdin, 1978; Mahoney, 1974), algumas formas contemporâneas de terapia cognitivo-comportamental concentram os efeitos de seu tratamento nas próprias cognições, com a crença de que a mudança comportamental virá a seguir. As tentativas de Ellis (1962, 1979a; Dryden e Ellis, Capítulo 9 deste livro) de mudar crenças, por exemplo, constituem um tipo de terapia que a definição de Kazdin (1978) não incorporaria como uma forma de modificação de comportamento e de cognições. Dessa forma, o termo “terapia cognitivo-comportamental” é mais amplo do que a expressão “modificação cognitivo-comportamental”, abrangendo em si a modificação de comportamento e de cognições (ver também Dobson, Backs-Dermott e Dozois, 2000).

A primeira das três premissas fundamentais da terapia cognitivo-comportamental, que reza que a terapia cognitiva afeta o comportamento, é uma reafirmação do modelo mediacional básico (Mahoney, 1974). Embora os primeiros teóricos das abordagens cognitivo-comportamentais tivessem que documentar a legitimidade teórica e empírica dessa premissa (p. ex., Mahoney, 1974), hoje existem amplas evidências de que as avaliações cognitivas de eventos podem afetar a resposta a eles e que existe valor clínico em se modificar o conteúdo dessas avaliações (p. ex., Dobson et al., 2000; Granvold, 1994; Hollon e Beck, 1994). Enquanto persiste o debate em torno do grau e da natureza exata das avaliações que um indivíduo

faz em diferentes contextos (Coyne, 1999; Held, 1995), o fato da mediação já não é mais tão contestado.

A segunda premissa fundamental da terapia cognitivo-comportamental é que a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada. Existem diversos corolários implícitos nessa afirmação. Por exemplo, pressupõe-se que podemos ter acesso à atividade cognitiva. Dessa forma, as cognições podem ser conhecidas e acessadas. Contudo, existe razão para crer que o acesso à cognição não é perfeito, e que as pessoas podem relatar suas cognições com base em sua *probabilidade* de ocorrência, em vez de sua ocorrência *real* (Nisbett e Wilson, 1977). Porém, a maioria dos pesquisadores da área da avaliação cognitiva continua a tentar documentar estratégias de avaliação cognitiva que sejam válidas e confiáveis, geralmente com o comportamento como fonte de dados de validação (Merluzzi, Glass e Genest, 1981; Segal e Shaw, 1988; Blankstein e Segal, Capítulo 2 deste livro). Essa área ainda é a que necessita de novas pesquisas (Clark, 1997).

Outro corolário que parte da segunda premissa é que a avaliação da cognição é um prelúdio para a sua alteração. Entretanto, essa visão deve ser considerada especulativa. Embora tenha sentido conceitual pensar que, uma vez que possamos mensurar um constructo, podemos começar a manipulá-lo, um não é *necessariamente* função do outro. No campo da mudança humana, a mensuração da cognição pode não auxiliar necessariamente as iniciativas de mudança. Conforme já foi escrito (Mischel, 1981; Shaw e Dobson, 1981; Segal e Cloitre, 1993), a maior parte das estratégias de avaliação cognitiva enfatiza o conteúdo das cognições e a avaliação de resultados cognitivos, em vez de processos cognitivos. Por outro lado, examinar o processo da cognição, bem como a interdependência entre sistemas cognitivos, comportamentais e afetivos, provavelmente aumentará a nossa compreensão da mudança. Essa forma de monitoramento cognitivo permanece em um estágio bastante rudimentar de desenvolvimento.

A terceira premissa fundamental da terapia cognitivo-comportamental é resultado di-

reto da adoção do modelo mediacional, e reza que a mudança de comportamento desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva. Assim, enquanto os teóricos cognitivo-comportamentais aceitam que contingências de reforço explícito podem alterar o comportamento, eles provavelmente enfatizariam que existem métodos alternativos para mudar o comportamento, particularmente a mudança cognitiva.

Como consequência da visão de que a mudança cognitiva pode influenciar o comportamento, muitas das iniciativas de pesquisadores cognitivo-comportamentais eram tentativas de documentar uma influência mediacional. Em uma das primeiras demonstrações desse tipo, Nomikos, Opton, Averill e Lazarus (1968) demonstraram que um mesmo ruído criava graus diferentes de perturbação fisiológica, com base nas expectativas que os participantes da pesquisa tinham para com o ruído. Na mesma linha, Bandura (1977) empregou o constructo da auto-eficácia para documentar que o grau de percepção que um sujeito tem de ser capaz de abordar um objeto temido é um forte indicador do comportamento real. Muitos estudos documentaram o papel dos processos de avaliação cognitiva em uma variedade de cenários clínicos e de laboratório (Bandura, 1997).

Embora a inferência da atividade cognitiva seja aceita em geral, ainda é extremamente difícil documentar o pressuposto de que mudanças na cognição possam mediar mudanças no comportamento. Para tal, a avaliação da mudança cognitiva deve ocorrer de maneira independente do comportamento. Por exemplo, se uma pessoa fóbica chega a 30 metros de um objeto que teme, é tratada com uma forma padronizada de dessensibilização sistemática (incluindo uma aproximação gradual) e depois consegue prever e apresentar maior aproximação ao objeto temido, é difícil, na melhor das hipóteses, e desnecessário, na pior, inferir que houve uma mediação cognitiva da mudança de comportamento. Por outro lado, se a mesma pessoa fóbica for tratada com alguma forma de intervenção cognitiva (p. ex., somente imaginar o objeto temido), e depois apresentar a mesma mudança comportamental, uma mediação

cognitiva daquela mudança comportamental é muito mais plausível. Além disso, se a mesma pessoa fóbica demonstrar mudanças em seu comportamento para com objetos que antes temia, mas não for tratada especificamente, a mediação cognitiva daquela mudança comportamental é essencial, no sentido de que deve haver algum grau de “combinação” entre o objeto tratado e o outro objeto de generalização.

O QUE CONSTITUI UMA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

Diversas abordagens terapêuticas atuais estão dentro do âmbito da terapia cognitivo-comportamental definida anteriormente. Todas essas abordagens compartilham uma perspectiva teórica, que pressupõe a ocorrência de processos internos encobertos, chamados “pensamentos” ou “cognições”, e que os eventos cognitivos possam mediar a mudança cognitiva. Além disso, essas abordagens pressupõem que a mudança comportamental não precisa envolver mecanismos cognitivos elaborados. Em determinadas formas de terapia cognitivo-comportamental, as intervenções podem ter pouco a ver com avaliações cognitivas, mas depender muito da ação e mudança de comportamento por parte do cliente. De fato, muitos teóricos cognitivo-comportamentais dizem explicitamente que, por causa da hipótese mediacional, a cognição não apenas *pode*, como *deve* alterar o comportamento, de maneira que uma mudança comportamental pode ser usada como um índice indireto de uma mudança cognitiva. Os resultados verdadeiros da terapia cognitivo-comportamental naturalmente variam de cliente para cliente, mas, de modo geral, os dois principais índices usados para a mudança são a cognição e o comportamento. Até certo ponto, mudanças emocionais e fisiológicas também são utilizadas como indicadores, particularmente quando a perturbação emocional ou fisiológica é uma manifestação importante do problema enfocado na terapia (p. ex., transtornos da ansiedade, transtornos psicofisiológicos).

Existem três classes principais de terapias cognitivo-comportamentais, cada uma com

uma classe levemente diferente de objetivos de mudança (Mahoney e Arnkoff, 1978). As três classes de terapia são terapias que trabalhem com as habilidades de enfrentamento, com as de resolução de problemas e com os métodos de reestruturação cognitiva. Como uma seção posterior deste capítulo irá detalhar as terapias específicas de cada uma dessas categorias de terapias cognitivo-comportamentais, o tema não será revisado aqui. Todavia, é importante observar que as diferentes classes de terapia são voltadas para diferentes graus de mudança cognitiva, e não comportamental. Por exemplo, as terapias que desenvolvem a estratégias de enfrentamento são as mais usadas para lidar com problemas em que a pessoa esteja reagindo amplamente a eventos externos a si mesma. Nesse caso, a terapia concentra-se em identificar e alterar as maneiras em que a pessoa possa exacerbar a influência dos eventos negativos (p. ex., envolvendo-se em pensamentos e imagens que provoquem ansiedade) ou empregar estratégias para aplacar o impacto dos eventos negativos. Assim, os principais indicadores de sucesso nessa forma de terapia envolvem reduções nas conseqüências dos eventos negativos (p. ex., demonstração menor de ansiedade) e sinais comportamentais de melhoras manifestas nas novas habilidades de enfrentamento. No caso das técnicas de reestruturação cognitiva, porém, a mudança desejada resulta mais da perturbação criada dentro do sistema de interpretação pessoal do paciente.

Embora a terapia cognitivo-comportamental vise a cognição e o comportamento como as principais áreas de mudança, certos tipos de mudança desejada estariam claramente fora do domínio da terapia cognitivo-comportamental. Por exemplo, um terapeuta que adote os princípios do condicionamento clássico no tratamento de comportamentos auto-destrutivos de uma criança autista não estará empregando um modelo cognitivo-comportamental. De fato, qualquer regime terapêutico que adote um modelo estímulo-resposta não será uma terapia cognitivo-comportamental. Somente em casos em que se possa demonstrar uma mediação cognitiva, e nos quais a mediação cognitiva seja um componente impor-

tante do plano de tratamento, pode-se aplicar o rótulo “cognitivo-comportamental”.

Assim como as terapias estritamente comportamentais não são cognitivo-comportamentais, as terapias estritamente cognitivas também não são cognitivo-comportamentais. Por exemplo, um modelo terapêutico que afirme que as memórias de um evento traumático que ocorreu em um passado distante causam perturbações atualmente, e que, conseqüentemente, busque mudar essas memórias, não será uma terapia cognitivo-comportamental. Deve-se observar que esse exemplo traz a cláusula de que não pode haver nenhuma associação entre a perturbação atual e o trauma passado. Em um caso em que haja um trauma passado, mas também tenha havido um evento recente muito semelhante ao evento passado, e o cliente esteja experimentando perturbação em função do trauma passado e do evento atual, a existência da mediação cognitiva é muito mais provável e a terapia deve ter um caráter cognitivo-comportamental.

Finalmente, aquelas terapias que baseiam suas teorias somente na expressão de emoções excessivas, como se pode ver em modelos catárticos de terapia (Janov, 1970), não são cognitivo-comportamentais. Assim, embora essas terapias possam postular que as emoções derivam de processos mediacionais extremos ou negativos, a falta de um modelo mediacional de mudança claro as coloca fora do campo da terapia cognitivo-comportamental.

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Conforme sabem os estudantes da história psicológica moderna, as terapias cognitivo-comportamentais surgiram a partir da terapia comportamental tradicional, que, por sua vez, foi uma inovação das abordagens comportamentais radicais aos problemas humanos. A principal distinção entre as terapias cognitivo-comportamentais e as terapias comportamentais, como já mencionada, é a incorporação da perspectiva mediacional nas abordagens cognitivo-comportamentais aos problemas. Esse

fenômeno de incorporação ocorreu em diferentes momentos com diferentes abordagens cognitivo-comportamentais, mas principalmente durante o final da década de 1960 e na primeira parte da de 1970 (Kazdin, 1978). Diversos fatores específicos atuaram na época para possibilitar o desenvolvimento da teoria cognitivo-comportamental e para tornar a terapia cognitivo-comportamental uma necessidade lógica:

1. Embora a perspectiva comportamental tenha sido a força dominante por um certo tempo, no final da década de 1960, estava ficando claro que uma abordagem não-mediacional não seria suficientemente ampla para explicar todo o comportamento humano (Bregier e McGaugh, 1965; Mahoney, 1974). As explicações de Bandura (1965, 1971) sobre a aprendizagem vicária desafiavam a explicação comportamental tradicional, assim como o trabalho de Mischel sobre o atraso de gratificação (Mischel, Ebbesen e Zeiss, 1972). De maneira semelhante, as crianças aprendiam regras gramaticais pela capacidade de a maioria dos pais e educadores aplicar reforços discriminadores (Vygotsky, 1962), e os modelos comportamentais de aprendizagem da linguagem estavam sofrendo sérios ataques. Outro sinal de insatisfação com os modelos comportamentais foi a tentativa de ampliar esses modelos para incorporar comportamentos “encobertos” (i.e., o pensamento; Homme, 1965). Embora essa abordagem tenha sido recebida com pouco otimismo, as críticas do meio comportamental deixaram claro que esse tipo de extensão não condizia com a ênfase comportamental em fenômenos explícitos.
2. Assim como havia uma crescente insatisfação com o modelo não-mediacional absoluto do comportamento,

baseado no modelo estímulo-resposta, continuava a haver uma rejeição da perspectiva alternativa mais forte, o modelo psicodinâmico de personalidade e terapia. Os primeiros textos na área da terapia cognitivo-comportamental (p. ex., Beck, 1967, p. 7-9; Ellis, 1973; Ellis, 1979a, p. 2) traziam afirmações que rejeitavam sumariamente a ênfase psicanalítica nos processos inconscientes, em material histórico e na necessidade de uma terapia de longa duração baseada no desenvolvimento de *insight* sobre a relação de transferência e contratransferência. Além de desacordos filosóficos com alguns dos pilares básicos dos modelos psicodinâmicos, as revisões de resultados de pesquisas sugerem que a eficácia da psicoterapia tradicional não era particularmente notável (Eysenck, 1969; Luborsky, Singer e Luborsky, 1975; Rachman e Wilson, 1971, 1980). Talvez o comentário avaliativo mais explícito sobre a eficácia demonstrada das terapias psicodinâmicas tenha vindo de Rachman e Wilson (1980, p. 76), que afirmaram que “ainda não existem evidências aceitáveis para sustentar a visão de que a psicanálise seja um tratamento efetivo”.

3. Um terceiro fator que facilitou o desenvolvimento da terapia cognitivo-comportamental foi o de que a própria natureza de alguns problemas, como o pensamento obsessivo, tornava as intervenções não-cognitivas irrelevantes. Como seria de esperar, a terapia comportamental era aplicada a transtornos que fossem demarcados principalmente por seus correlatos comportamentais. Além disso, quando os transtornos eram multifacetados, os terapeutas comportamentais buscavam mudar os sintomas comportamentais (p. ex., Ferster, 1974). Esse foco no compor-

tamento proporcionou um aumento significativo no potencial terapêutico em comparação a iniciativas passadas, mas não era inteiramente satisfatório para terapeutas que reconheciam que os problemas globais ou componentes importantes dos problemas não estavam sendo tratados. O desenvolvimento de intervenções de tratamento cognitivo-comportamentais ajudou a preencher um vazio nas técnicas de tratamento dos clínicos.

4. Alguns conceitos mediacionais estavam sendo desenvolvidos, pesquisados e estabelecidos na psicologia experimental (Neisser, 1967; Paivio, 1971). Esses modelos, cujo exemplo mais influente talvez tenha sido o entendimento do funcionamento da cognição segundo o processamento de informações, eram explicitamente mediacionais e receberam considerável apoio dos laboratórios da cognição. Um dos avanços que talvez tenha sido natural foi a ampliação dos modelos do processamento de informações a constructos clínicos (p. ex., Hamilton, 1979, 1980; Ingram e Kendall, 1986; Neufeld e Mothersill, 1980).

Além do desenvolvimento de modelos cognitivos gerais, nas décadas de 1960 e 1970, diversos pesquisadores realizaram pesquisas básicas sobre a mediação cognitiva de constructos de relevância clínica. Lazarus e seus colegas, por exemplo, desenvolveram diversos estudos durante esse período, nos quais documentaram que a ansiedade envolve a mediação cognitiva (Lazarus, 1966; Lazarus e Alfert, 1964; Lazarus e Averill, 1972; Lazarus, Opton, Nomikos e Rankin, 1965; Lazarus e Folkman, 1984; Monat, Averill e Lazarus, 1972; Nomikos et al., 1968). Vistas em conjunto, as duas áreas de pesquisa da psicologia cognitiva geral e aquela

que pode ser denominada “psicologia cognitiva aplicada” desafiaram os teóricos comportamentais a explicar os dados acumulados. Em essência, o desafio significava a necessidade de que os modelos comportamentais redefinissem seus limites e incorporassem fenômenos cognitivos nos modelos de mecanismos comportamentais. Talvez um dos primeiros sinais dessa tentativa de incorporação possa ser visto na literatura da auto-regulação e do autocontrole, desenvolvida na primeira parte da década de 1970 (Cautela, 1969; Goldfried e Merbaum, 1973; Mahoney e Thoresen, 1974; Rachlin, 1974; Stuart, 1972). Todas essas tentativas de delinear perspectivas de autocontrole sobre a modificação do comportamento compartilhavam a idéia de que o indivíduo tem capacidade de monitorar o seu comportamento, de definir objetivos internos para o comportamento, e de orquestrar as variáveis ambientais e pessoais para alcançar alguma forma de regulação do comportamento de interesse. Para desenvolver esses modelos de autocontrole, foi preciso postular diversos processos cognitivos, incluindo tentativas de definir estratégias de autocontrole em termos de componentes “cibernéticos” internos do funcionamento (p. ex., Jeffrey e Berger, 1982).

5. Outro aspecto do início da formação das terapias cognitivo-comportamentais foi o desenvolvimento e a identificação de diversos teóricos e terapeutas que se identificavam como de orientação cognitivo-comportamental. Algumas das pessoas que começaram esse processo explicitamente foram Beck (1967, 1970), Cautela, (1967, 1969), Ellis, (1962, 1970), Mahoney (1974), Mahoney e Thoresen (1974) e Meichenbaum (1973, 1977). O estabelecimento de

uma perspectiva cognitivo-comportamental por diversos proponentes importantes teve o efeito claro de criar um *zeitgeist* que chamou a atenção de outros no campo. Além disso, a criação de um jornal projetado especificamente para o emergente campo cognitivo-comportamental ajudou a promover essa tendência. Assim, a publicação do periódico *Cognitive Therapy and Research* em 1977, com Michael Mahoney como editor, representou um fórum “para estimular e comunicar pesquisas e teorias sobre o papel dos processos cognitivos na adaptação e ajuste humanos” (da capa da publicação). A existência de um periódico regular na área cognitivo-comportamental e da modificação de comportamento e de cognições permitiu que pesquisadores e terapeutas apresentassem resultados de pesquisas e idéias instigantes para um público amplo.

6. Um último fator histórico importante que contribuiu para o interesse continuado na perspectiva cognitivo-comportamental foi a publicação de estudos que consideraram os tratamentos cognitivo-comportamentais tão ou mais efetivos que as abordagens estritamente comportamentais. Em uma das primeiras revisões críticas sobre a modificação do comportamento e de cognições, Ledgewidge (1987) revisou 13 estudos, comparando a modificação do comportamento e de cognições com terapias comportamentais, e não encontrou superioridade demonstrada em nenhuma das duas. O autor observou que os estudos que revisou baseavam-se em populações análogas, e que seriam necessários testes clínicos para uma avaliação mais conclusiva. Bastante crítica, essa revisão produziu uma resposta rejeitando os comentários de Ledgewidge como sendo “prematuras” (Mahoney e

Kazdin, 1979). Desde essa controvérsia inicial sobre a eficácia das terapias cognitivo-comportamentais, diversas revisões demonstraram claramente que as terapias cognitivo-comportamentais têm um impacto clínico positivo (Berman, Miller e Massman, 1985; Dobson e Craig, 1996; Dush, Hirt e Schroeder, 1983; Miller e Berman, 1983; Shapiro e Shapiro, 1982). De fato, as terapias cognitivo-comportamentais são notáveis por sua presença entre a lista de terapias que possuem base empírica (Chambless et al., 1996; Chambless e Hollon, 1998). Todavia, é importante observar que certas metanálises da efetividade terapêutica questionam o grau em que os tratamentos cognitivo-comportamentais são superiores a tratamentos estritamente comportamentais (Berman et al., 1985; Gloguen, Cottraux, Cucherat e Blackburn, 1998; Miller e Berman, 1983). À medida que o banco de dados aumentar, será possível fazer constatações mais definitivas sobre a efetividade dessas formas de terapia. De maneira ideal, o que emergirá das pesquisas não serão conclusões específicas sobre a eficácia geral das terapias cognitivo-comportamentais, mas afirmações específicas sobre a eficácia relativa de diferentes tipos de terapia cognitivo-comportamental para tipos específicos de problemas clínicos.

A partir desta revisão, parece que existiram e continuarão a existir diversas razões convincentes para o desenvolvimento de modelos cognitivo-comportamentais de disfunção e terapia. Entre elas, estão a insatisfação com modelos anteriores de terapia, problemas clínicos que enfatizam a necessidade de uma perspectiva cognitivo-comportamental, pesquisas sobre os aspectos cognitivos do funcionamento humano, o fenômeno do *zeitgeist*, que levou a

um grupo identificado de teóricos e terapeutas cognitivo-comportamentais, e o crescente *corpus* de pesquisa que sustenta a eficácia clínica das intervenções cognitivo-comportamentais. Com essa tendência geral em mente, a partir de agora, o capítulo apresenta uma síntese mais aprofundada dos acontecimentos históricos por trás do grande número de terapias cognitivo-comportamentais específicas que evoluíram nos últimos 35 anos.

TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS: CRONOLOGIA

As terapias cognitivo-comportamentais são híbridos de estratégias comportamentais e processos cognitivos, com o objetivo de levar à mudança comportamental e cognitiva. Todavia, mesmo uma visão geral breve dos principais procedimentos terapêuticos classificados sob a égide da terapia cognitivo-comportamental já revela uma diversidade de princípios e procedimentos. A diversificação no desenvolvimento e na implementação da abordagem cognitivo-comportamental pode ser explicada, em parte, pelas diferentes orientações teóricas daqueles que geraram estratégias de intervenção baseadas nessa perspectiva. Por exemplo, Ellis e Beck, fundadores da terapia comportamental racional-emotiva e da terapia cognitiva, respectivamente, vieram de origens psicanalíticas. Em comparação, Goldfried, Meichenbaum e Mahoney tiveram formação originalmente nos princípios da modificação do comportamento.

Mahoney e Arnkoff (1978) organizaram as terapias cognitivo-comportamentais em três divisões principais: (1) reestruturação cognitiva; (2) treino em habilidades de enfrentamento e (3) treino em resolução de problemas. As terapias incluídas na categoria da reestruturação cognitiva pressupõem que a perturbação emocional seja consequência de pensamentos mal-adaptativos. Assim, o objetivo dessas intervenções clínicas é estabelecer padrões de pensamento mais adaptativos. Em comparação, as terapias de habilidades de enfrentamento concentram-se no desenvolvimento de

um repertório de habilidades projetadas para auxiliar o cliente a enfrentar várias situações estressantes. As terapias de resolução de problemas podem ser caracterizadas como uma combinação de técnicas de reestruturação cognitiva e procedimentos de treinamento em habilidades de enfrentamento. As terapias de resolução de problemas enfatizam o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com uma ampla variedade de problemas pessoais, e ressaltam a importância de uma cooperação ativa entre o cliente e o terapeuta no planejamento do programa de tratamento.

Nas subseções a seguir, descrevemos a evolução das principais terapias associadas à tradição cognitivo-comportamental. Esta revisão não pretende ser definitiva, e exclui diversas terapias que não estimularam uma quantidade significativa de pesquisas ou aplicações clínicas.

Terapia comportamental racional-emotiva

Muitos consideram a terapia comportamental racional-emotiva (TCRE; anteriormente chamada terapia racional-emotiva, ou TRE) como um dos principais exemplos da abordagem cognitivo-comportamental. A teoria e prática básicas da TCRE foram formuladas por Albert Ellis há mais de 40 anos. Após adquirir ampla formação e experiência em psicanálise, Ellis começou a questionar a eficácia e a eficiência do método analítico clássico. Ele observou que os pacientes tendiam a permanecer em terapia por períodos consideráveis e frequentemente resistiam a técnicas psicanalíticas, como a associação livre e a análise dos sonhos. Além disso, Ellis (1962, p. 9) questionou se o *insight* pessoal que, segundo a teoria psicanalítica, se supunha levar à mudança terapêutica resultaria em mudanças duráveis no comportamento.

Mesmo assim, eu não estava satisfeito com os resultados que estava obtendo, pois, mais uma vez, muitos pacientes melhoravam consideravelmente em um período bastante curto, e sentiam-se muito melhor após chegarem a certos *insights* aparentemente cruciais. Porém, pou-

cos deles se curavam realmente, no sentido de serem minimamente perturbados pela ansiedade ou hostilidade. E, como antes, um por um, os pacientes me diziam: “sim, eu vejo exatamente o que me incomoda agora e por que eu me incomodo com isso, mas, ainda assim, sinto-me incomodado. E o que eu posso fazer a respeito disso?”.

Desencorajado pelas limitações do método analítico, Ellis começou a experimentar com técnicas de tratamento mais ativas e diretivas. Por meio de um processo clínico de tentativa e erro, ele gradualmente formulou uma teoria da perturbação emocional e um conjunto de métodos de tratamento que enfatizavam uma abordagem prática para lidar com os problemas da vida. Embora os defensores da teoria analítica considerassem os métodos de Ellis heréticos, o advento da terapia comportamental na década de 1960 e a crescente aceitação do papel das cognições na compreensão do comportamento humano acabaram promovendo a aceitação da TCRE como uma alternativa potencialmente válida aos modelos de psicoterapia mais tradicionais.

No cerne da TCRE, está o pressuposto de que o pensamento e a emoção no ser humano estão significativamente inter-relacionados. Segundo o modelo de Ellis, os sintomas ou consequências neuróticas são determinados pelo sistema de crenças da pessoa, relacionadas com determinadas experiências ou eventos ativadores. O objetivo da terapia é identificar e desafiar as crenças irracionais que estão na raiz da perturbação emocional. A TCRE pressupõe que os indivíduos possuem tendências inatas e adquiridas de pensar e se comportar de forma irracional. Assim, para manterem um estado de saúde emocional, os indivíduos devem monitorar e desafiar seus sistemas de crenças básicas constantemente.

Ellis (1970) identificou 12 crenças irracionais básicas que assumem a forma geral de expectativas irreais ou absolutistas. A TCRE pressupõe que, quando o indivíduo substitui suas exigências irreais e excessivamente generalizadas por desejos, preferências ou vontades realistas, pode ter grandes mudanças em suas emoções e comportamentos. Todavia,

como os indivíduos tendem a preservar seus padrões de pensamento irracionais, são necessários métodos forçosos de intervenção para que haja mudanças significativas e duráveis.

A TCRE emprega uma abordagem multidimensional que incorpora técnicas cognitivas, emotivas e comportamentais. Entretanto, a principal ferramenta terapêutica permanece sendo um “método lógico-empírico de questionamento, desafio e debate científico” (Ellis, 1979a, p. 20) projetado para auxiliar os indivíduos a abrir mão de suas crenças irracionais. Além do debate, os terapeutas da TCRE podem empregar seletivamente uma ampla variedade de técnicas, inclusive o automonitoramento de pensamentos, biblioterapia, *role playing* (dramatização), modelagem, imaginação racional-emotiva, exercícios de combate à vergonha, métodos de relaxamento, condicionamento operante e treinamento de habilidades (Ellis, 1979b). A teoria e a prática da TCRE não tiveram grandes reformulações desde sua introdução, fazendo com que a conceituação da TRE, conforme apresentada em seu livro *Reason and emotion in psychotherapy* (1962), permanecesse sendo uma referência fundamental para essa abordagem. A mudança de nome de TRE para TCRE não representou tanto uma mudança em filosofia ou ênfase quanto refletiu o desejo de Ellis de refletir os interesses dos terapeutas da TCRE de maneira mais precisa.

Uma das principais diferenças entre a TCRE e outras abordagens cognitivo-comportamentais está em sua ênfase filosófica. A perspectiva distintamente filosófica de Ellis (1980) reflete-se naquilo que ele identifica como os principais objetivos da TCRE: interesse pessoal, interesse social, direcionamento, tolerância para consigo mesmo e outras pessoas, flexibilidade, aceitação da incerteza, comprometimento com interesses vitais, aceitação pessoal, pensamento científico e uma perspectiva não-utópica da vida. A TCRE pressupõe que os indivíduos que adotam esse tipo de filosofia racional sentem o mínimo de perturbação emocional.

A TCRE gerou um grande *corpus* bibliográfico (ver Dryden e Ellis, 1988, e o Capítulo 9 deste livro). Infelizmente, a maioria dos ar-

tigos publicados foi escrita por defensores da TCRE, em vez de pesquisadores preocupados em coletar dados objetivos relacionados à sua validade e utilidade (Mahoney, 1979). Entretanto, algumas publicações sugerem que a TCRE está começando a ter o escrutínio empírico objetivo que era notavelmente ausente no passado (Haaga e Davison, 1993; Kendall e Bemis, 1983).

Terapia cognitiva

Aaron Beck, o principal fundador da terapia cognitiva, teve formação original em psicanálise. Assim como Ellis, Beck começou a questionar as formulações psicanalíticas das neuroses, particularmente com relação à depressão. Em um artigo publicado em 1963, Beck observou que os fatores cognitivos associados à depressão eram amplamente ignorados, em favor da ênfase psicanalítica em conceituações motivacionais e afetivas. Todavia, com base em uma investigação do conteúdo temático das cognições de pacientes psiquiátricos, Beck conseguiu distinguir diferenças comuns no conteúdo das idéias associado aos transtornos neuróticos, inclusive a depressão. Ele também verificou que os pacientes apresentavam distorções sistemáticas em seus padrões de pensamento. Consequentemente, gerou uma tipologia de distorções cognitivas para descrever esses erros sistemáticos, que incluíam os conceitos, hoje conhecidos, da inferência arbitrária, abstração seletiva, supergeneralização, magnificação e minimização.

Os resultados de um projeto de pesquisa de cinco anos realizado na Universidade da Pensilvânia culminaram na publicação de *Depression: causes and treatment*, em 1967. Nesse livro, Beck apresentou seu modelo cognitivo e sua terapia para a depressão e outras neuroses. Um segundo livro, *Cognitive therapy and the emotional disorders* (Beck, 1976), apresentou as distorções cognitivas específicas associadas a cada uma das neuroses, descrevendo também os princípios da terapia cognitiva, com especial referência à depressão. Em 1979, Beck escreveu, juntamente com outros autores, um manual abrangente de tratamento para a de-

pressão, apresentando intervenções cognitivas que haviam sido desenvolvidas ao longo da década anterior de trabalho clínico e pesquisa (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979).

A partir da ênfase inicial na depressão unipolar, o modelo de Beck (Beck, 1970) foi ampliado para outros transtornos e dificuldades, incluindo a ansiedade (Beck, Emery e Greenberg, 1985), o transtorno bipolar (Basco e Rush, 1996), problemas conjugais (Beck, 1988), transtornos da personalidade (Beck, Freeman e Associates, 1990; Layden, Newman, Freeman e Morse, 1993; Linehan, 1993), problemas com uso de substâncias (Beck, Wright, Newman e Liese, 1993), manejo de crises (Dattilio e Freeman, 1994) e raiva (Beck, 1999). Ao longo desses avanços, o modelo cognitivo manteve uma ênfase na maneira em que o pensamento distorcido e avaliações cognitivas irreais de eventos podem afetar os sentimentos e o comportamento do indivíduo de forma negativa. Portanto, supõe-se que a maneira em que um indivíduo estrutura a realidade determine o seu estado afetivo. Além disso, o modelo cognitivo propõe que existe uma relação recíproca entre o afeto e a cognição, de maneira que um tende a reforçar o outro, resultando em uma possível escalada da limitação emocional e cognitiva (Beck, 1971).

Os “esquemas”, definidos como estruturas cognitivas que organizam e processam as informações que chegam ao indivíduo, são propostos como representações dos padrões de pensamento adquiridos no início do desenvolvimento do indivíduo. Ao passo que os esquemas de indivíduos adaptados permitem a avaliação mais realista dos eventos da vida, os esquemas de indivíduos desajustados resultam na distorção da realidade e facilitam a ocorrência de transtornos psicológicos (Beck, 1976). Assim, os processos esquemáticos de indivíduos depressivos podem ser caracterizados como uma tríade cognitiva negativa, na qual as visões do *self*, do mundo e do futuro são perturbadas (Hollon e Beck, 1979).

Congruente com o modelo cognitivo, o objetivo da terapia cognitiva é substituir a suposta avaliação distorcida que o cliente faz dos eventos por avaliações mais realistas e adaptativas. O tratamento baseia-se em uma abor-

dagem psicoeducacional e cooperativa, que envolve projetar determinadas experiências de aprendizagem para ensinar os clientes a (1) monitorar pensamentos automáticos; (2) reconhecer as relações entre a cognição, o afeto e o comportamento; (3) testar a validade de pensamentos automáticos; (4) substituir pensamentos distorcidos por cognições mais realistas e (5) identificar e alterar crenças subjacentes, pressupostos ou esquemas que predisponham os indivíduos a ter padrões de pensamento deficientes (Kendall e Bemis, 1983).

Ao contrário da TCRE, a teoria cognitiva de Beck para a psicopatologia e as técnicas cognitivas foi submetida a um grau substancial de escrutínio empírico (Clark, Beck e Alford, 1999; Ingram, Miranda e Segal, 1998). A terapia cognitiva da depressão hoje é considerada uma alternativa viável a intervenções comportamentais e bioquímicas (DeRubeis, Tang e Beck, Capítulo 10 deste livro; Hollon e Beck, 1979; Hollon, DeRubeis e Evans, 1996). De fato, a terapia cognitiva para transtornos da ansiedade mostrou ter eficácia superior à da farmacoterapia. A capacidade de generalização do modelo e terapia de Beck, e a eficácia do tratamento com relação a outros transtornos mentais, ainda exige mais pesquisas (Clark et al., 1999). Todavia, as contribuições de Beck e seus colaboradores tiveram um impacto significativo em muitos pesquisadores e clínicos, e provavelmente continuarão a estimular pesquisas por muitos anos (Dobson e Khatri, no prelo).

Treinamento de auto-instrução

Os interesses clínicos de Donald Meichenbaum desenvolveram-se durante um período em que a tecnologia da terapia comportamental estava florescendo e as idéias então radicais de Ellis (1962), Beck (1963) e outros defensores das abordagens cognitivas de tratamento começavam a atrair a atenção de uma nova geração de clínicos. No meio desse clima, Meichenbaum (1969) realizou um programa de pesquisa doutoral que investigou os efeitos de um procedimento de tratamento operante para pacientes esquizofrênicos hospitalizados,

que eram treinados para emitir “falas saudáveis”. Ele observou que os pacientes que tinham auto-instrução espontânea para “falar de forma saudável” eram menos distraídos e demonstravam desempenho superior em diversas medidas. Esse achado fortuito tornou-se o ímpeto para um programa de pesquisas de longa duração, concentrado no papel de fatores cognitivos na modificação do comportamento (Meichenbaum, 1973, 1977).

O rumo das pesquisas de Meichenbaum foi bastante influenciado por dois psicólogos soviéticos, Luria (1961) e Vygotsky (1962), que estudaram a relação evolutiva entre a linguagem, o pensamento e o comportamento. Eles sugeriram que o desenvolvimento do controle voluntário sobre o comportamento do indivíduo envolve uma progressão gradual da regulação externa por pessoas significativas (p. ex., instrução parental) para a auto-regulação, como resultado da internalização de comandos verbais. Conseqüentemente, a relação entre a auto-instrução verbal e o comportamento tornou-se o principal foco da pesquisa de Meichenbaum, que propôs que os comportamentos ocultos operam segundo os mesmos princípios que os comportamentos explícitos, e que os comportamentos ocultos estão sujeitos a modificação pelas mesmas estratégias comportamentais empregadas para modificar os comportamentos explícitos (Meichenbaum, 1973).

As primeiras tentativas de Meichenbaum de explorar a validade dessa proposta envolveram o desenvolvimento de um programa de treinamento auto-instrucional, projetado para tratar as deficiências mediacionais de crianças impulsivas (Meichenbaum e Goodman, 1971). O programa de tratamento tinha quatro objetivos: (1) treinar crianças impulsivas a produzir autocomandos verbais e responder adequadamente a eles; (2) fortalecer as propriedades mediacionais do discurso interior das crianças, para manter seu comportamento sob o seu próprio controle verbal; (3) superar qualquer deficiência de compreensão, produção ou mediação e (4) estimular as crianças a auto-regularem o seu comportamento de maneira adequada. Os procedimentos específicos empregados eram projetados para replicar a sequência

evolutiva proposta por Luria (1961) e Vygotsky (1962): (1) atuando como modelo, uma pessoa executava uma tarefa, falando em voz alta, enquanto a criança observava; (2) a criança executava a tarefa enquanto o modelo dava instruções verbais; (3) a criança executava a mesma tarefa enquanto dava instruções a si mesma em voz alta; (4) a criança executava a tarefa enquanto sussurrava as instruções e (5) a criança executava a tarefa de forma oculta. As auto-instruções empregadas no programa incluíam (1) questões sobre a natureza e as exigências da tarefa, (2) respostas a essas questões na forma de ensaio cognitivo, (3) auto-instruções na forma de auto-orientação enquanto executa a tarefa e (4) auto-reforço. Meichenbaum e Goodman verificaram que seu programa de treinamento auto-instrucional melhorava significativamente o desempenho de crianças impulsivas nas tarefas, conforme várias medidas em relação a grupos de controle e atenção.

Estimulados pelos resultados de seus primeiros estudos, Meichenbaum e colaboradores procuraram ampliar e refinar o treinamento auto-instrucional. Outras investigações foram designadas para examinar a capacidade de se generalizar o treinamento de auto-instrução para o tratamento de uma variedade de transtornos psicológicos, incluindo a esquizofrenia, ansiedade com a fala, ansiedade com testes e fobias (Mahoney, 1974).

A origem comportamental de Meichenbaum fica evidente na ênfase metodológica que o treinamento de auto-instrução coloca em tarefas graduais, modelagem cognitiva, treinamento mediacional direcionado e auto-reforço. O treinamento auto-instrucional proporciona um paradigma básico de tratamento, que pode ser modificado para se adequar às exigências específicas de determinada população clínica. De um modo geral, os clientes são treinados em seis habilidades globais relacionadas com a auto-instrução: (1) definição do problema, (2) abordagem do problema, (3) foco da atenção, (4) afirmações voltadas para o enfrentamento, (5) opções para corrigir erros, e (6) auto-reforço (Kendall e Bemis, 1983). A flexibilidade do treinamento de auto-instrução

talvez seja uma de suas características mais atraentes e, como não é de surpreender, uma grande bibliografia já se acumula sobre a utilidade do treinamento para uma variedade de transtornos psicológicos. Uma observação interessante é que, recentemente, os interesses clínicos de Meichenbaum mudaram um pouco. Ele desenvolveu uma abordagem construtivista e narrativa de psicoterapia para o problema do transtorno de estresse pós-traumático (Meichenbaum, 1994), na qual os métodos mais tradicionais de treinamento auto-instrucional não aparecem muito. Será importante ver até que ponto o interesse no treinamento auto-instrucional diminuirá, devido às forças conflitantes da aparente perda dessa figura fundamental do campo e da sólida base de dados para substanciar a utilidade clínica do treinamento de auto-instrução.

Reestruturação racional sistemática

Marvin Goldfried estava entre o crescente número de clínicos que, no começo da década de 1970, desafiou a adequação da teoria da aprendizagem e defendeu a incorporação de processos cognitivos em conceituações do comportamento humano. Assim como outros pesquisadores de orientação comportamental da época, ele defendeu uma mudança em ênfase, de respostas discretas específicas à situação e procedimentos específicos ao problema para um foco em habilidades de enfrentamento que pudessem ser aplicadas em diferentes modalidades de resposta, situações e problemas (Mahoney, 1974). Em um artigo de 1971, Goldfried propôs que a dessensibilização sistemática poderia ser conceituada como um modelo mediacional geral, contrário ao modelo de contracondicionamento de Wolpe (1958). Goldfried interpretou a dessensibilização sistemática como uma forma de ensinar uma habilidade de auto-relaxamento geral aos clientes. Em sua tentativa de transformar a dessensibilização em um programa mais abrangente de treinamento em habilidades de enfrentamento, enfatizou quatro componentes: (1) a descrição da fundamentação terapêutica em

termos do treinamento de habilidades; (2) o uso do relaxamento como uma estratégia de enfrentamento de propósitos múltiplos ou generalizada; (3) o uso de hierarquias de temas múltiplos e (4) o treinamento de “relaxamento progressivo” da ansiedade induzido pela imaginação, em oposição ao método tradicional de abandonar a cena imaginária ao primeiro sinal de perturbação subjetiva (Goldfried, 1973, 1979).

A orientação de Goldfried para habilidades de enfrentamento finalmente levou ao desenvolvimento de uma técnica chamada reestruturação racional sistemática – RRS, Goldfried, Decentececo e Weinberg, 1974). Baseado no trabalho de Dollard e Miller (1950) sobre o desenvolvimento de processos de pensamento simbólicos, Goldfried (Goldfried e Sobocinski, 1975) sugeriu que as primeiras experiências de aprendizagem social ensinam os indivíduos a rotular as situações de maneiras diferentes. Ele argumentou que as reações emocionais podem ser compreendidas como uma resposta à maneira em que o indivíduo rotula as situações, ao contrário de uma resposta à situação em si. O nível em que os indivíduos distinguem inadequadamente as pistas situacionais como pessoalmente ameaçadoras determina as respostas emocionais e comportamentais mal-adaptativas que terão subsequentemente. Goldfried acreditava que os indivíduos poderiam adquirir repertórios mais efetivos aprendendo a modificar os modelos cognitivos mal-adaptativos que usam automaticamente quando enfrentam situações que provocam ansiedade. Assim, o objetivo da RRS é treinar os clientes a perceber as pistas situacionais de maneira mais precisa. Dessa forma, a implementação da RRS divide-se em cinco estágios discretos: (1) exposição a situações que provoquem ansiedade, usando representação imaginária ou *role play* (dramatização); (2) auto-avaliação do nível subjetivo de ansiedade; (3) monitoramento de cognições que provoquem ansiedade; (4) reavaliação racional dessas cognições mal-adaptativas e (5) observação do próprio nível subjetivo de ansiedade após a reavaliação racional. As técnicas utilizadas na terapia incluem métodos de rela-

xamento, ensaio comportamental, tarefas *in vivo*, modelagem e biblioterapia (Goldfried e Davison, 1976). Como abordagem de habilidades de enfrentamento, o principal objetivo da RRS é proporcionar os recursos pessoais para que os clientes possam enfrentar de forma independente as situações futuras de estresse em suas vidas.

A RRS foi introduzida durante um período em que os pesquisadores comportamentais estavam projetando e testando uma variedade de abordagens de treinamento em habilidades de enfrentamento. Alguns desses pacotes de tratamento de componentes múltiplos tiveram mais atenção da pesquisa do que outros, e muitos são semelhantes em termos de sua teoria subjacente e estratégias terapêuticas. Infelizmente, mesmo no período entre a primeira edição deste livro e a edição atual, a RRS não foi investigada de forma tão ampla quanto outros programas de treinamento em habilidades de enfrentamento. Entretanto, ela representa uma das primeiras tentativas de operacionalizar um modelo de tratamento de autocontrole para promover a generalização do tratamento pelo uso de um treinamento em habilidades de enfrentamento gerais aplicáveis a uma variedade de situações que provocam ansiedade.

Treinamento de manejo da ansiedade

O programa de treinamento de manejo da ansiedade (TMA), de Suinn e Richardson (1971), foi introduzido na mesma época em que Goldfried (1971) propôs uma nova conceituação da dessensibilização sistemática. Em seu artigo original, Suinn e Richardson discutiram três limitações dos procedimentos de dessensibilização: (1) o caráter demorado da construção de hierarquias de ansiedade para cada problema que os clientes em tratamento apresentam; (2) a duração relativamente longa do tratamento e (3) a ausência de estratégias de enfrentamento generalizadas para preparar os clientes para lidar efetivamente com seus problemas futuros. Essas supostas limitações das técnicas convencionais de dessens-

sibilização sistemática levaram ao desenvolvimento de uma abordagem não-específica para o controle da ansiedade, que foi projetada para proporcionar aos clientes um programa curto de treinamento em habilidades de enfrentamento que fosse aplicável a uma ampla variedade de áreas de problemas.

A teoria por trás do TMA pressupõe que a ansiedade seja um impulso adquirido, que tem propriedades de generalização de estímulos. As respostas autônomas associadas a ela atuam como pistas que facilitam e mantêm o comportamento esquivo. Os clientes podem ser condicionados a responder a essas pistas discriminatórias com respostas que eliminem a ansiedade pelo processo de inibição recíproca. Assim, o objetivo do TMA é ensinar os clientes a usar habilidades de relaxamento e competência para controlar seus sentimentos de ansiedade.

O treinamento para manejo da ansiedade enfatiza a eliminação da ansiedade sem atenção específica a determinado estímulo que provoque ansiedade. No primeiro estágio do tratamento, os clientes fazem treinamento em relaxamento muscular profundo. Depois disso, recebem instrução sobre como visualizar cenas que causem ansiedade e praticam suas habilidades de relaxamento e/ou imaginam responder aos estímulos de maneira competente (Suinn, 1972). Incorpora-se uma variedade de cenas que causam ansiedade e que podem não estar relacionadas com os problemas dos clientes específicos ao programa de tratamento.

Lentamente, surgem dados empíricos a respeito do treinamento para manejo da ansiedade. Um dos primeiros estudos examinou a eficácia dessa estratégia de enfrentamento (Richardson e Suinn, 1973). Infelizmente, o modelo não contava com um grupo correspondente para controle, dificultando a interpretação dos dados. Ainda assim, um estudo mais recente mostrou que o TMA foi superior a um grupo de controle em um teste clínico randomizado (Suinn, 1995). Devido à falta de pesquisas, o TMA ainda é uma abordagem cognitivo-comportamental menos desenvolvida do que poderia ser.

Treinamento de inoculação do estresse

Assim como muitos de seus contemporâneos na década de 1970, Meichenbaum desenvolveu um interesse na abordagem de habilidades múltiplas de enfrentamento como uma estratégia terapêutica potencialmente efetiva. Com base em uma revisão da bibliografia sobre o estresse, Meichenbaum, Turk e Burstein (1975) sugeriram diversas diretrizes para o desenvolvimento de um programa de tratamento em habilidades de enfrentamento, que foram incorporadas posteriormente ao livro de Meichenbaum em 1977:

1. Os dispositivos de enfrentamento são complexos e devem ser flexíveis.... Qualquer abordagem de treinamento em habilidades de enfrentamento deve ser suficientemente flexível para incorporar uma variedade de estratégias cognitivas e comportamentais que possam ser empregadas de maneira diferencial.
2. É necessário que a técnica de treinamento seja sensível a diferenças individuais, diferenças culturais e diferenças situacionais.
3. O treinamento de habilidades deve estimular o uso das informações disponíveis e a incorporação de eventos potencialmente ameaçadores nos planos cognitivos. Para que sejam efetivas, as informações devem estimular o ensaio mental... que pode causar um “curto-circuito” na experiência do estresse ou reduzir seus efeitos subsequentes.
4. A exposição real a eventos menos ameaçadores durante o treinamento tem um efeito benéfico (Meichenbaum, 1977, p. 148-149).

Em particular, Meichenbaum enfatizou a aquisição sistemática de habilidades de enfrentamento, ressaltando a importância de se aprender a enfrentar quantidades pequenas e administráveis de estresse como um meio de facilitar a manutenção e a generalização do tra-

tamento. O treinamento de inoculação do estresse é o análogo comportamental do modelo da imunização de Orne (1965), e incorpora as diretrizes que Meichenbaum e seus colegas enxergaram a partir da revisão da literatura do estresse. A base racional subjacente à essa abordagem é que os clientes que aprendem maneiras de enfrentar níveis leves de estresse são “inoculados” contra níveis incontrolláveis de estresse.

Meichenbaum e Cameron (1973) operacionalizaram o treinamento de inoculação do estresse em três estágios. O primeiro é educacional, e envolve a instrução didática sobre a natureza das reações de estresse. O segundo estágio envolve a apresentação de diversas habilidades de enfrentamento comportamentais e cognitivas, incluindo exercícios de relaxamento, auto-afirmações de enfrentamento e auto-reforço. No estágio final do treinamento aplicado, o cliente é exposto a uma variedade de estressores para ensaiar suas habilidades de enfrentamento recém-adquiridas.

Desde a introdução do treinamento de inoculação do estresse em 1973, os pesquisadores têm aplicado essa abordagem a diversos problemas, incluindo ansiedade, raiva e dor (Meichenbaum e Deffenbacher, 1988; Meichenbaum e Jaremko, 1983; Meichenbaum e Turk, 1976). Esses estudos levaram à criação de um manual clínico detalhado (Meichenbaum, 1985) e um grande *corpus* de estudos (para uma revisão, ver Meichenbaum, 1993). Entretanto, conforme Jaremko (1979) observou, as investigações sobre o treinamento de inoculação do estresse introduziram um grau considerável de variação metodológica. Nesse sentido, Jaremko propôs um modelo metodológico revisado, que visa adicionar maior uniformidade à pesquisa, assim como aumentar a “usabilidade” dessa abordagem como procedimento terapêutico. Como no caso de outros programas de tratamento com componentes múltiplos, permanece a necessidade de investigações empíricas mais aprofundadas para demonstrar a utilidade dos componentes individuais do tratamento empregados no treinamento de inoculação do estresse. Além disso, a validade da fundamentação subjacente ne-

cessita de mais pesquisas. Entretanto, muitos consideram o treinamento de inoculação do estresse uma abordagem terapêutica valiosa para o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento generalizadas.

Terapia de resolução de problemas

Em 1971, D’Zurilla e Goldfried publicaram um artigo que propunha a aplicação da teoria e pesquisa sobre a resolução de problemas à modificação do comportamento. Com o objetivo de facilitar a mudança de comportamento “generalizada”, conceituaram a terapia de resolução de problemas como uma forma de treinamento em autocontrole, enfatizando a importância de se treinar o cliente para funcionar como seu próprio terapeuta. D’Zurilla e Goldfried (1971, p. 109) sintetizaram a fundamentação subjacente a essa abordagem da seguinte maneira:

A falta de efetividade para enfrentar situações problemáticas, bem como suas consequências pessoais e sociais, costuma ser condição necessária e suficiente para que um transtorno emocional ou comportamental exija tratamento psicológico;... a efetividade geral pode ser facilitada de maneira mais eficiente treinando-se os indivíduos em procedimentos ou habilidades gerais que lhes permitam lidar de forma independente com as situações problemáticas críticas que confrontam na vida cotidiana.

Segundo D’Zurilla e Goldfried, a “resolução de problemas” refere-se a um processo explícito ou cognitivo que disponibiliza uma variedade de alternativas de respostas efetivas para enfrentar uma situação problemática e aumenta a probabilidade de selecionar a resposta mais efetiva disponível (1971, p. 108). Com base em um grande *corpus* de pesquisas relacionadas com as operações fundamentais envolvidas na resolução de problemas efetiva, D’Zurilla e Goldfried identificaram cinco estágios sobrepostos como sendo representativos do processo de resolução de problemas: (1) orientação ou “modelo” geral; (2) definição e formulação de problemas; (3) geração de al-

ternativas; (4) tomada de decisões e (5) verificação. O treinamento para a resolução de problemas envolve ensinar essas habilidades básicas aos clientes e orientar a sua aplicação em situações problemáticas reais.

Spivack e Shure (1974) deram início à investigação sistemática da eficácia de uma abordagem de tratamento de resolução de problemas. O modelo de resolução cognitiva de problemas interpessoais que os pesquisadores propuseram envolve essencialmente as mesmas habilidades que aqueles apresentados por D'Zurilla e Goldfried (1971). Segundo Spivack, Platt e Shure (1976), a resolução cognitiva de problemas interpessoais envolve: (1) a capacidade de reconhecer a variedade de situações problemáticas possíveis no ambiente social; (2) a capacidade de encontrar soluções alternativas variadas para os problemas interpessoais; (3) a capacidade de planejar uma série de etapas necessárias para alcançar determinado objetivo; (4) a capacidade de prever as consequências em curto e longo prazos de uma dada alternativa e (5) a capacidade de identificar os elementos motivacionais relacionados com as próprias ações e as de outras pessoas. O treinamento em resolução cognitiva de problemas interpessoais tem sido mais usado com crianças pré-escolares e crianças com perturbações emocionais. De um modo geral, os programas de treinamento em resolução cognitiva de problemas interpessoais incluem discussão e atividades estruturadas que envolvem situações problemáticas interpessoais hipotéticas e reais, projetadas para ensinar habilidades de resolução de problemas. Apesar de seus numerosos problemas metodológicos, o trabalho de Spivack e colaboradores resultou no desenvolvimento do interesse no potencial das terapias de resolução de problemas.

D'Zurilla e Nezu (1982) revisaram as aplicações do modelo original de resolução de problemas de D'Zurilla e Goldfried (1971) em populações clínicas adultas. Como Spivack e Shure (1974), eles concluíram que os dados disponíveis à época sustentavam a existência de uma relação entre as habilidades de resolução de problemas e a psicopatologia. Porém, as evidências da importância de componentes

individuais de resolução de problemas não eram tão claras. Todavia, a ampliação dos objetivos de intervenção clínica, conforme recomendada por D'Zurilla e Goldfried (1971), estimulou o desenvolvimento de diversas terapias de resolução de problemas (Mahoney e Arnkoff, 1978). Atualmente, já foram desenvolvidas terapias de resolução de problemas em diversas áreas (para uma revisão, ver D'Zurilla e Nezu, Capítulo 7 deste livro), incluindo manejo e prevenção do estresse (D'Zurilla, 1990), depressão (Nezu, 1986), manejo da raiva (Crick e Dodge, 1994) e enfrentamento do câncer (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis e Houts, 1998). Além disso, uma excelente adição recente à lista de publicações clínicas disponíveis é a segunda edição de um livro que descreve a abordagem geral de resolução de problemas (D'Zurilla e Nezu, 1999). É provável que a flexibilidade e o pragmatismo dessas abordagens continuem a atrair a atenção de clínicos em busca de programas de tratamento abrangentes.

Terapia de autocontrole

A tendência ao desenvolvimento de modelos de tratamento que promovam a filosofia do autocontrole influenciou Rehm (1977) a desenvolver um modelo de autocontrole para a depressão. O trabalho de Rehm foi orientado até certo ponto pelo modelo geral da auto-regulação proposto por Kanfer (1970, 1971), que explica a persistência de certos comportamentos na ausência de reforço, conforme um ciclo fechado de autocontrole adaptativo. Kanfer sugere que existem três processos interconectados envolvidos na auto-regulação: automonitoramento, auto-avaliação e auto-reforço. Rehm adaptou esse modelo para explicar a natureza multivariada da sintomatologia depressiva. Assim, os sintomas da depressão são conceituados como reflexões ou consequências de um déficit ou uma combinação de déficits no comportamento de autocontrole. Na fase de automonitoramento, os déficits potenciais incluem o monitoramento seletivo de eventos negativos e o monitoramento seletivo

de conseqüências imediatas do comportamento, em vez de conseqüências posteriores. Os déficits em auto-avaliação consistem em critérios auto-avaliativos rígidos e atribuições de responsabilidade imprecisas. Na terceira fase, a fase de auto-reforço, déficits envolvendo recompensas pessoais insuficientes e autopunições excessivas podem ser observados em indivíduos depressivos. Segundo Rehm (1981), o perfil variado de sintomas na depressão clínica é função de diferentes subconjuntos desses déficits. Além disso, esses déficits podem existir em graus variados em diferentes indivíduos, e podem ser observados antes dos episódios depressivos. Postula-se que a ocorrência de um episódio depressivo é função do grau de estresse experimentado e das habilidades de autocontrole disponíveis para o indivíduo enfrentar a situação estressante.

Fuchs e Rehm (1977) desenvolveram o pacote de tratamento original baseado no modelo da depressão de Rehm (1977). A terapia de autocontrole envolve a aplicação seqüencial dos três processos auto-regulatórios de Kanfer (1970, 1971), adaptados por Rehm. “Pressupõe-se que cada um deles pode ser conceituado como um módulo de terapia, que a auto-avaliação baseia-se no automonitoramento, e que o auto-reforço baseia-se na auto-avaliação” (O’Hara e Rehm, 1983, p. 69). Cada um dos seis déficits em autocontrole é descrito ao longo do tratamento, com ênfase no quanto cada déficit específico está relacionado com a depressão e o que pode ser feito para remediar o déficit. Emprega-se uma variedade de estratégias clínicas para ensinar habilidades de autocontrole aos clientes, incluindo discussão em grupo orientada pelo terapeuta, reforço explícito e implícito, tarefas comportamentais, automonitoramento e modelagem.

O apelo do modelo de autocontrole de Rehm (1977) está em sua integração de diversas variáveis cognitivas e comportamentais, nas quais outros modelos da depressão se concentram exclusivamente. Além disso, o modelo de Rehm proporciona uma análise lógica da maneira em que cada um dos vários sintomas da depressão está associado a um determinado aspecto do autocontrole. Em uma perspectiva

mais ampla, esse modelo de autocontrole parece ter potencial como um modelo geral de psicopatologia. Infelizmente, a possibilidade de generalizar a abordagem teórica de Rehm para outros transtornos clínicos não foi pesquisada (ver Rokke e Rehm, Capítulo 6 deste livro). Contudo, qualquer tentativa de se desenvolver uma terapia de autocontrole abrangente seria um empreendimento louvável.

Psicoterapia estrutural e construtivista

Em um livro intitulado *Cognitive processes and emotional disorders*, Guidano e Liotti (1983) introduziram uma abordagem de psicoterapia estrutural. Esse livro representou o ápice de 10 anos de pesquisas e experiências clínicas, que começaram com a observação de uma discrepância significativa entre a eficácia demonstrada de técnicas comportamentais e o potencial explicativo limitado da teoria da aprendizagem. Após um amplo estudo da bibliografia, incluindo terapia comportamental, teoria da aprendizagem social, epistemologia evolucionista, psicologia cognitiva, teoria psicodinâmica e terapia cognitiva, Guidano e Liotti (1983, p. 34) concluíram que, para se entender a complexidade dos transtornos emocionais e subsequentemente desenvolver um modelo adequado de psicoterapia, é crítico que se tenha um entendimento do desenvolvimento e do papel ativo do conhecimento do indivíduo sobre si mesmo e sobre o mundo: “somente uma consideração da estrutura em que se colocam os elementos singulares do conhecimento do indivíduo nos permitirá compreender como esses elementos guiam e coordenam as emoções e ações desse indivíduo”.

O modelo estrutural da disfunção cognitiva de Guidano e Liotti baseia-se amplamente na teoria do apego de Bowlby (1977). Eles sugerem que as relações com outras pessoas significativas (i.e., pais ou figuras parentais) determinam o desenvolvimento da auto-imagem da criança e proporcionam confirmação e reforço contínuos dessa auto-imagem. Acredita-se que a definição do *self* coordene e integre o crescimento cognitivo e a diferenciação emo-

cional. Se o autoconceito é distorcido ou rígido, o indivíduo não consegue assimilar as experiências da vida de maneira efetiva. Isso então leva a desajuste e subsequente perturbação emocional, cujo produto final é a disfunção cognitiva. Pressupõe-se que padrões anormais de apego correspondam a diferentes síndromes clínicas.

A formulação original de Guidano e Liotti foi ampliada em textos posteriores de Guidano (1987, 1991), que ampliaram a idéia de que os comportamentos problemáticos são consequências da organização cognitiva do indivíduo (i.e., as teorias causais, pressupostos básicos e regras tácitas de inferência que determinam o conteúdo do pensamento). Considera-se que o paciente está lutando para manter determinada organização cognitiva disfuncional diante de um ambiente continuamente desafiador. Assim, o objetivo fundamental da psicoterapia de Guidano e Liotti é modificar essas estruturas cognitivas. Para que a terapia seja efetiva, o terapeuta começa identificando e modificando estruturas cognitivas superficiais, e passa à identificação e modificação de estruturas cognitivas mais profundas (i.e., as teorias causais implícitas que o paciente carrega). Essa estratégia terapêutica assemelha-se bastante à terapia cognitiva de Beck (Beck et al., 1979), que começa com a avaliação dos pensamentos automáticos do paciente e leva subsequentemente à especificação dos pressupostos básicos subjacentes a esses pensamentos. Contudo, uma importante diferença entre os criadores da psicoterapia estrutural e Beck é a ênfase desses teóricos em uma filosofia pós-rationista. Enquanto Beck e outros autores mantêm o pressuposto filosófico de que existe um mundo externo que pode ser percebido de maneira precisa, ou mesmo distorcida, os últimos escritos de Guidano deixam claro que ele estava cada vez menos interessado no “valor de verdade” das estruturas cognitivas do que no “valor de validade” ou coerência dessas estruturas:

A adaptação, portanto, é a capacidade de transformar a perturbação que surge da interação com o mundo em informações significativas para a própria ordem experimental. Manter uma adequação adaptativa significa preservar o próprio sentido de *self*, trans-

formando continuamente o mundo percebido, em vez de simplesmente corresponder a ele. Isso explica por que a noção de *viabilidade* dos processos de conhecimento se tornou muito mais importante na epistemologia evolucionista recente do que a sua *validade*. (Guidano, 1991, p. 9; *itálico no original*).

Ao discutir a psicoterapia como processo estratégico, os terapeutas estruturais referem-se à analogia entre a abordagem empírica de resolução de problemas do cientista e a do paciente. “Os terapeutas devem propiciar que os pacientes se desembarquem de certas crenças e julgamentos arraigados, e considerem-nos como hipóteses e teorias, sujeitas a contestação, confirmação e desafio lógico” (Guidano e Liotti, 1983, p. 144). Essa analogia assemelha-se à feita por Mahoney (1977) em sua abordagem da ciência pessoal. Diversos experimentos comportamentais e técnicas cognitivas compõem o arsenal terapêutico do qual o terapeuta seleciona uma variedade de táticas adequadas para cada cliente. Elas incluem técnicas como inundação, dessensibilização sistemática, treinamento da assertividade, treinamento em habilidades de enfrentamento, procedimentos de resolução de problemas e reestruturação racional. O estágio final do processo terapêutico é conceituado em termos de uma “revolução pessoal” (Mahoney, 1980; Guidano, 1991), durante a qual o paciente, tendo rejeitado sua antiga visão de si e do mundo, está em um estado de transformação, estabelecendo um sistema de crenças novo e mais adaptativo.

Aqueles que são familiarizados com o trabalho de Beck e colaboradores (1979), Ellis (1962), Mahoney (1977) e outros defensores da perspectiva cognitivo-comportamental reconhecerão os muitos paralelos entre suas obras e a abordagem estrutural de terapia. Todavia, a distinção entre as abordagens racionais e pós-rationais é importante, e foi aumentada no trabalho de indivíduos que se referem ao seu trabalho como “psicoterapia construtivista” (Mahoney, 1995; Neimeyer, 1993, 1995; Neimeyer e Raskin, Capítulo 11 deste livro). A terapia construtivista adota a visão do indivíduo como um cientista pessoal imperfeito, que usa constructos cognitivos para

tirar sentido das experiências e para fazer escolhas no mundo. Com base nessa perspectiva, aspectos fundamentais do tratamento incluem identificar preferências de comportamento e entender como o significado é ligado à experiência. Existe menos foco no conteúdo daquilo que se está pensando (ao contrário, por exemplo, do trabalho de Beck, no qual uma tipologia de cognições é associada a diferentes estados emocionais; Beck, 1976), e mais foco no processo de encontrar sentido e conexões entre as experiências. Conseqüentemente, a terapia se envolve menos em exercícios corretivos sobre o que se está pensando, e mais em exercícios facilitadores que enfatizam o processo de pensamento, bem como a produção de significado ao nível das emoções.

É importante observar a íntima afinidade da terapia construtivista com as escolas filosóficas da hermenêutica e com as abordagens narrativas e discursivas de psicologia. Entretanto, existem abordagens mais ou menos “radicais” dentro do construtivismo (ver Neimeyer e Raskin, Capítulo 11 deste livro). Na perspectiva extrema da terapia construtivista, que foi chamada de “crítica discursiva”, a posição epistemológica é de que a realidade existe *somente* na mente do indivíduo, e que o único critério de saúde mental é a coerência desse modelo mental. Os indivíduos são considerados contextuais, assumindo uma posição temporal, cultural, sexual, além de outras posturas com relação às outras pessoas. Dessa forma, conceitos predeterminados de saúde e doença (como a nomenclatura diagnóstica que é associada tradicionalmente aos transtornos mentais) perdem seu significado, e o tratamento não é mais um processo de ajudar as pessoas a se recuperarem de seus diagnósticos. Nesse extremo, a relação entre as terapias construtivistas e outras terapias cognitivo-comportamentais começa a se desvanecer. Alguns até questionam o nível em que as terapias construtivistas são sequer compatíveis com as terapias cognitivo-comportamentais, do ponto de vista conceitual: “... suspeitamos que a integração total entre os modelos cognitivo e construtivista radical defendida por certos autores... encontrará obstáculos conceituais”

(Neimeyer e Raskin, Capítulo 11). Outros autores (p. ex., Held, 1995) criticaram o movimento por escolas de pensamento construtivistas radicais na psicoterapia e sugeriram que as terapias precisam “voltar à realidade”.

De maneira clara, o capítulo final sobre as abordagens construtivistas de psicoterapia ainda está por ser escrito. Sabemos que muitos antigos defensores das terapias cognitivo-comportamentais e cognitivas mais tradicionais defendem hoje, totalmente ou em parte, o uso de tratamentos baseados em princípios construtivistas (Mahoney, 1991; Meichenbaum, 1994; Young, 1994). Ainda está para ser visto o nível em que essas terapias continuarão a ser consideradas parte do movimento cognitivo-comportamental ou se tornarão abordagens antitéticas e alternativas.

SIMILARIDADE E DIVERSIDADE NAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Conforme sugere nossa cronologia de modelos cognitivo-comportamentais de psicopatologia e terapia, um grande número de abordagens pode ser identificado como de natureza cognitivo-comportamental. Em suas bases, todas essas abordagens compartilham os três pressupostos fundamentais discutidos anteriormente neste capítulo e relacionados com a posição mediacional. Em síntese, a posição mediacional diz que a atividade cognitiva influencia as respostas do indivíduo ao seu ambiente e, até certo ponto, prescreve o grau de adaptação ou desajuste do indivíduo. Como resultado direto do pressuposto mediacional, as terapias cognitivo-comportamentais compartilham a crença de que a mudança terapêutica pode ser efetuada por meio da alteração de modos de pensamento idiossincráticos e disfuncionais. Além disso, devido ao legado comportamental, muitos dos métodos cognitivo-comportamentais baseiam-se em princípios e técnicas comportamentais na condução da terapia, e muitos dos modelos cognitivo-comportamentais baseiam-se até certo ponto na avaliação comportamental da mudança para documentar o progresso terapêutico.

Além desses pressupostos centrais com relação à natureza mediada da mudança terapêutica, existem diversos pontos em comum entre grupos limitados de terapias cognitivo-comportamentais. Kendall e Kriss (1983), por exemplo, sugerem que podem ser empregadas cinco dimensões para caracterizar as terapias cognitivo-comportamentais: a orientação teórica da abordagem terapêutica e o alvo teórico de mudança; diversos aspectos do relacionamento entre o cliente e o terapeuta; o alvo cognitivo de mudança; o tipo de evidências usadas para a avaliação cognitiva e o grau de ênfase no autocontrole por parte do cliente. O esquema que propuseram é útil para a identificação de semelhanças e diferenças entre as diversas terapias cognitivo-comportamentais. Independentemente da cobertura do tema por Kendall e Kriss (1983), também parece que podem ser identificados outros pontos em comum entre abordagens que não são teoricamente centrais. Por exemplo, um atributo comum entre as diversas terapias cognitivo-comportamentais é a sua natureza de tempo limitado. Em uma clara distinção da terapia psicanalítica, que tem maior duração, as terapias cognitivo-comportamentais visam produzir mudanças rápidas, e geralmente com períodos específicos e predeterminados de contato terapêutico. Muitos dos manuais de tratamento escritos para terapias cognitivo-comportamentais recomendam tratamentos de 12 a 16 sessões (Chambless et al., 1996).

Relacionado com o caráter de tempo limitado da terapia cognitivo-comportamental, há o fato de que quase todas as aplicações dessa abordagem terapêutica geral são para problemas específicos. Embora essa similaridade não seja uma crítica às terapias cognitivo-comportamentais, a especificidade das intervenções cognitivo-comportamentais para certos problemas explica em parte os limites de tempo que geralmente são definidos nessas abordagens terapêuticas. De fato, o uso dessas terapias para determinados transtornos e problemas é um legado direto da ênfase da terapia comportamental na coleta de dados de resultados, e seu foco na remediação de problemas específicos e predefinidos. Assim, em vez de ser uma limitação das terapias cognitivo-

comportamentais, a aplicação dessas terapias a problemas específicos serve como uma demonstração maior do desejo continuado pela documentação completa dos efeitos terapêuticos. Além disso, o foco em problemas específicos permite a determinação experimental dos limites terapêuticos dessas abordagens variadas e, potencialmente, da capacidade futura dos terapeutas selecionarem a terapia mais eficaz para os problemas de seus pacientes.

Um terceiro ponto em comum entre as várias abordagens cognitivo-comportamentais é a crença de que os clientes são os arquitetos de seu próprio infortúnio, e que, por isso, têm controle sobre seus pensamentos e atos. Essa premissa aparece claramente nos tipos de problema de pacientes que foram identificados para intervenções cognitivo-comportamentais. Os problemas apropriados citados com mais frequência incluem as condições “neuróticas” (p. ex., ansiedade, depressão e problemas com raiva), problemas com o autocontrole (p. ex., hiperfagia, dificuldades de manejo comportamental, disfunções infantis) e habilidades gerais de resolução de problemas. Esses tipos de problemas tornam o pressuposto do controle do paciente convincente. Mesmo nas abordagens mais gerais de tratamento, como os modelos construtivistas, a ênfase em indivíduos como agentes ativos de suas próprias vidas é o foco predominante.

Relacionado com o pressuposto do controle do paciente, há outro elemento compartilhado por diversas terapias cognitivo-comportamentais. Esse atributo comum tem a ver com o fato de que muitas das terapias cognitivo-comportamentais, por natureza, são explicitamente ou implicitamente educativas. Muitas das abordagens terapêuticas envolvem o terapeuta ensinar o modelo terapêutico ao paciente, e muitas também envolvem a explicação da base racional para as intervenções utilizadas. Esse tipo de interação educativa entre o terapeuta e o paciente é uma faceta que as diversas terapias cognitivo-comportamentais compartilham, e que também as separa de outras escolas de terapia. Compare isso com a terapia psicanalítica tradicional, na qual o terapeuta oferece interpretações para o cliente (Blanck, 1976; Kohut, 1971), ou a terapia

familiar, na qual o objetivo terapêutico pode até ditar que o cliente faça o oposto do objetivo terapêutico, em uma intervenção “paradoxal” (Haley, 1976; Minuchin e Fishman, 1981).

Diretamente relacionado com o processo educativo visto muitas vezes em terapias cognitivo-comportamentais, há um objetivo implícito que muitos terapeutas cognitivo-comportamentais estabelecem, de que os pacientes não apenas superem os problemas que os levaram ao tratamento no decorrer da terapia, mas que também aprendam algo sobre o processo de terapia. No caso do paciente sofrer uma recorrência de seus problemas, ele assim terá certas habilidades terapêuticas para lidar com os problemas por conta própria. Em algumas terapias cognitivo-comportamentais, o desejo de que os pacientes aprendam sobre o processo de terapia é levado à sua conclusão lógica, dedicando-se tempo na terapia para revisar as habilidades e os conceitos terapêuticos que os pacientes aprenderam ao longo do tratamento, e que podem empregar posteriormente como manutenção ou de maneira preventiva (Beck et al., 1979; DeRubeis et al., Capítulo 10 deste livro; D’Zurilla e Goldfried, 1971; Mahoney, 1977).

Até este ponto da revisão, pode parecer que as terapias cognitivo-comportamentais têm tantos pontos em comum que as distinções entre elas são mais ilusórias do que reais. Contudo, Kendall e Kriss (1983) proporcionaram um excelente modelo para a identificação de diferenças entre as abordagens específicas. Além disso, mesmo a breve visão geral das várias terapias cognitivo-comportamentais apresentada neste capítulo demonstra a diversidade real de modelos e técnicas que foram desenvolvidos pelos terapeutas cognitivo-comportamentais. Assim, não é mais adequado dizer que existe uma única abordagem cognitivo-comportamental real do que seria dizer que existe uma terapia psicanalítica monolítica. Conforme demonstram os capítulos deste livro, muitas facetas diferentes de processos cognitivo-comportamentais podem ser observadas, identificadas e alteradas dentro da definição global da abordagem cognitivo-comportamental. A diversidade das terapias cognitivo-comportamentais, apesar de inegavelmente

presente, necessita de mais discussão técnica e definição entre os proponentes das várias abordagens. Existem pelo menos duas áreas em que são necessárias mais teorias e pesquisas para ajudar a diferenciar terapias que sejam rotuladas como “cognitivo-comportamentais”. Essas áreas são os alvos de mudança terapêutica e de especificidade das modalidades de técnicas de intervenção.

Embora as terapias cognitivo-comportamentais compartilhem a abordagem mediacional e, portanto, visem mudar as “cognições”, a variedade de diferentes descrições e rótulos específicos de cognições vistas na bibliografia cognitivo-comportamental é realmente avassaladora. Uma lista parcial dos diversos termos que foram aplicados a constructos e processos cognitivos inclui “cognições”, “pensamentos”, “crenças”, “atitudes”, “idéias”, “suposições”, “atribuições”, “regras para viver”, “auto-afirmações”, “distorções cognitivas”, “expectativas”, “noções”, “fluxo de consciência”, “roteiros”, “narrativas”, “ideação”, “significados privados”, “ilusões”, “previsões de auto-eficácia”, “protótipos cognitivos” e “esquemas”. Para aumentar ainda mais a confusão, vários desses constructos foram desenvolvidos em um contexto puramente clínico (p. ex., “previsões de auto-eficácia”) e, portanto, têm definições relativamente claras, ao passo que muitos outros são termos que também são empregados em outras áreas da psicologia. Quando os termos são compartilhados por diferentes subdisciplinas da psicologia, a aplicação pode não ser idêntica, e pode haver confusão semântica. O uso da noção de “esquema”, por exemplo, tem dificuldades potenciais, já que o conceito foi desenvolvido na psicologia cognitiva (Neisser, 1967), foi aplicado posteriormente à cognição social (Markus, 1977) e agora é utilizado em problemas clínicos (Clark et al., 1999; Dobson, 1986; Goldfried e Robins, 1983; Ingram et al., 1998; Turk e Speers, 1983). Mesmo uma leitura rápida das diversas aplicações do termo revela que, enquanto a essência do conceito de esquema está intacta em seus vários usos, diversos autores sugeriram aplicações idiossincráticas. Assim, enquanto a elaboração de diversos processos e constructos cognitivos específicos é útil, é importante que os teóricos defi-

nam os constructos precisamente, e que outras pessoas no campo adotem essas definições. Esse aumento em precisão ajudaria a esclarecer o terreno da teoria cognitivo-comportamental, e também poderia contribuir para as iniciativas de pesquisadores cujo interesse seja a avaliação cognitiva (Meichenbaum e Cameron, 1981). Nesse sentido, está claro que a avaliação cognitiva é gravemente limitada pela falta de definições claras de fenômenos cognitivos (p. ex., Genest e Turk, 1981; Glass e Merluzzi, 1981; Shaw e Dobson, 1981). Também está claro que são necessárias outras iniciativas na área da avaliação cognitiva, proporcionando que os clínicos documentem inteiramente a natureza e o processo de mudança durante a terapia cognitivo-comportamental (Blankstein e Segal, Capítulo 2 deste livro; Clark, 1977; Kendall e Bemis, 1983; Segal e Shaw, 1988; Sutton-Simon, 1981).

Uma segunda área em que uma delineação maior de abordagens diferentes de terapia cognitivo-comportamental pode ser possível é com relação às técnicas específicas de cada modalidade. Os terapeutas cognitivo-comportamentais têm sido extremamente inovadores no desenvolvimento de técnicas e, portanto, têm contribuído de inúmeras maneiras para o armamentário clínico. Todavia, o tipo de técnica que está sendo desenvolvida nem sempre está claro (i.e., se uma técnica genérica e não-específica, ou um método específico da modalidade em questão). Embora se possa argumentar razoavelmente que essas distinções não são importantes no nível prático, em uma perspectiva teórica, é importante saber os limites que os diferentes teóricos colocam em seus modelos de terapia. A pesquisa sobre o processo, que registra e analisa as intervenções terapêuticas adotadas por vários modelos terapêuticos, é sugerida com frequência (DeRubeis, Hollon, Evans e Bemis, 1982; Mahoney e Arnkoff, 1978; Prochaska, 2000), mas ainda não está bem desenvolvida. Esse tipo de pesquisa tem o potencial de contribuir para o nosso conhecimento do nível em que diferentes descrições de terapias se traduzem para diversas práticas clínicas.

Finalmente, outra área de pesquisa que pode ser ampliada de maneira proveitosa é

aquela que investiga as aplicações de diversos modelos de terapia cognitivo-comportamental a diferentes problemas (Beutler, Harwood e Caldwell, Capítulo 5 deste livro). Quando se comparam diferentes abordagens no contexto de problemas distintos, pode ser possível começar a sugerir métodos de tratamento indicados para problemas específicos dos pacientes. Essa combinação de problemas com terapias não representaria uma vantagem prática sobre a atual prática clínica, mas proporcionaria uma compreensão maior dos mecanismos de mudança dentro de cada tipo de intervenção, e em diferentes tipos de problemas de pacientes.

De maneira clara, o campo da terapia cognitivo-comportamental desenvolveu-se de forma dramática desde seu começo nas décadas de 1960 e 1970. Hoje há diversos métodos identificáveis de caráter cognitivo-comportamental, e a eficácia demonstrada desses métodos costuma ser forte (Chambless et al., 1996; Dobson et al., 2000). A ênfase continuada no desenvolvimento de uma base de dados adequada propiciou que os teóricos e terapeutas cognitivo-comportamentais fizessem um progresso constante na pesquisa e na prática, e pode-se esperar que isso leve a mais avanços no futuro. Entre as áreas que exigem conceituação e pesquisas mais aprofundadas, estão a definição de fenômenos cognitivos (nos níveis de constructo e de processo) e a sobreposição metodológica entre as diversas terapias cognitivo-comportamentais que existem atualmente. É provável que a próxima década assista a avanços consideráveis nesse campo.

REFERÊNCIAS

- Bandura, A. (1965). Vicarious processes: A case of no-trial learning. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2, pp. 3-57). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1971). Vicarious and self-reinforcement processes. In R. Glaser (Ed.), *The nature of reinforcement* (pp. 51-130). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 36-46.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A. T. (1971). Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 24, 495-500.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive bases of anger, hostility and violence*. New York: HarperCollins.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Berman, J. S., Miller, R. C., & Massman, P. J. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97, 451-461.
- Blanck, G. (1976). Psychoanalytic technique. In B. J. Wolman (Ed.), *The therapist's handbook* (pp. 61-86). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: 1. Etiology and psychopathology in the tight of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Breger, L., & McGaugh, J. L. (1965). Critique and reformulation of "learning-theory" approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin*, 63, 338-358.
- Cautela, J. R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 20, 459-468.
- Cautela, J. R. (1969). Behavior therapy and self-control: Techniques and implications. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 323-340). New York: McGraw-Hill.
- Chambless, D., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett-Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Cristoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beuder, L., Williams, D. A., & McCurry, S., (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Clark, D. A. (1997). Twenty years of cognitive assessment: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 996-1000.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Coyne, J. C. (1999). Thinking interactionally about depression: A radical restatement. In T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression* (pp. 365-392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 73-101.
- Dattilio, F. M., & Freeman, A. (Eds.). (1994). *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. New York: Guilford Press.
- DeRubeis, R., Hollon, S. D., Evans, M., & Bemis, K. (1982). Can psychotherapies be discriminated?: A systematic investigation of cognitive therapy and interpersonal therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 744-756.
- Dobson, K. S. (1986). The self-schema in depression. In L. M. Hartman & K. R. Blankstein (Eds.), *Perception of self in emotional disorders and psychotherapy* (pp. 187-217). New York: Plenum Press.
- Dobson, K. S., Backs-Dermott, B. J., & Dozois, D. (2000). Cognitive and cognitivebehavioral therapies. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century* (pp. 409-428). New York: Wiley.
- Dobson, K. S., & Craig, K. S. (Eds.). (1996). *Advances in cognitive-behavioral therapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dobson, K. S., & Khatri, N. (in press). Cognitive therapy: Looking forward, looking back. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- Dryden, W., & Ellis, A. (1988). Rational-emotive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 214-272). New York: Guilford Press.
- Dush, D. M., Hirt, M. L., & Schroeder, H. (1983). Self-statement modification with adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 94, 408-422.
- D'Zurilla, T. J. (1990). Problem-solving training for effective stress management and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 327-355.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 254-281). New York: Academic Press.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed.). New York: Springer.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- Ellis, A. (1970). *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for Rational Living.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1979a). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 33-60). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1979b). The practice of rational-emotive therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 61-100). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1980). Rational-emotive therapy and cognitive-behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Research and Therapy*, 4, 325-340.
- Eysenck, H. (1969). *The effects of psychotherapy*. New York: Science House.
- Ferster, C. G. (1974). Behavior approaches to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 29-54). New York: Wiley.
- Fuchs, C. Z., & Rehm, L. P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 206-215.
- Genest, M., & Turk, D. C. (1981). Think-aloud approaches to cognitive assessment. In T. Merluzzi, C. R. Glass, & M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment* (pp. 233-269). New York: Guilford Press.
- Glass, C., & Merluzzi, T. (1981). Cognitive assessment of social-evaluative anxiety. In T. Merluzzi, C. R. Glass, & M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment* (pp. 388-438). New York: Guilford Press.
- Gloguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 228-234.
- Goldfried, M. R. (1973). Reduction of generalized anxiety through a variant of systematic desensitization. In M. R. Goldfried & M. Merbaum (Eds.), *Behavior change through self-control* (pp. 297-304). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M. R. (1979). Anxiety reduction through cognitive-behavioral intervention. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures* (pp. 117-152). New York: Academic Press.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M. R., Decentecio, E. T., & Weinberg, L. (1974). Systematic rational restructuring as a self-control technique. *Behavior Therapy*, 5, 247-254.
- Goldfried, M. R., & Merbaum, M. (Eds.). (1973). *Behavior change through self-control*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M. R., & Robins, C. (1983). Self-schema, cognitive bias, and the processing of therapeutic experiences. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 2, pp. 330-380). New York: Academic Press.
- Goldfried, M. R., & Sobocinski, D. (1975). Effect of irrational beliefs on emotional arousal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 504-510.
- Granvold, D. K. (Ed.). (1994). *Cognitive and behavioral treatment: Methods and applications*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Guidano, V. E. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. E. (1991). *The self in process*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. E., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Haaga, D. A. F., & Davison, G. C. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 215-220.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hamilton, V. (1979). An information processing approach to neurotic anxiety and the schizophrenias. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach* (pp. 383-430). Chichester, England: Wiley.
- Hamilton, V. (1980). An information processing analysis of environmental stress and life crises. In I. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 7, pp. 13-30). Washington, DC: Hemisphere.
- Held, B. S. (1995). *Back to reality: A critique of postmodern theory in psychotherapy*. New York: Norton.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions* (pp. 153-204). New York: Academic Press.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428-466). New York: Wiley.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Evans, M. D. (1996). Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 293-317). New York: Guilford Press.

- Homme, L. E. (1965). Perspectives in psychology: XXIV Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological Reports*, 15, 501-511.
- Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). London: Academic Press.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Janov, A. (1970). *The primal scream*. New York: Dell Books.
- Jaremko, M. E. (1979). A component analysis of stress inoculation: Review and prospectus. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 35-48.
- Jeffrey, D. B., & Berger, L. H. (1982). A self-environmental systems model and its implications for behavior change. In K. R. Blankstein & J. Polivy (Eds.), *Self-control and self-modification of emotional behavior* (pp. 29-70). New York: Plenum Press.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research issues and speculations. In C. Neuringer & L. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kanfer, F. H. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In A. Jacobs & L. B. Sachs (Eds.), *The psychology of private events: Perspectives on covert response systems* (pp. 39-61). New York: Academic Press.
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.
- Kendall, P. C., & Bemis, K. M. (1983). Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioral approaches. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 565-592). New York: Pergamon Press.
- Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (Eds.). (1979). *Cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.
- Kendall, P. C., & Kriss, M. R. (1983). Cognitive-behavioral interventions. In C. E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice* (pp. 770-819). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Layden, M., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 195-205.
- Lazarus, R. S., & Averill, J. R. (1972). Emotion and cognition: With special reference to anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 2, pp. 242-284). New York: Academic Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, C. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., Opton, E. M., Jr., Nomikos, M. S., & Rankin, N. O. (1965). The principle of short-circuiting of threat: Further evidence. *Journal of Personality*, 33, 622-635.
- Ledgewidge, B. (1978). Cognitive behavior modification: A step in the wrong direction? *Psychological Bulletin*, 85, 353-375.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., Singer, G., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and that all must have prizes? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luria, A. R. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Liveright.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Mahoney, M. J. (1977). Personal science: A cognitive learning therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational psychotherapy* (pp. 352-368). New York: Springer.
- Mahoney, M. J. (1979). A critical analysis of rational-emotive theory and therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 167-180). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Mahoney, M. J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolution. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process* (pp. 157-180). New York: Plenum Press.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (1995). The continuing evolution of the cognitive sciences and psychotherapies. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 39-65). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mahoney, M. J., & Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed., pp. 689-722). New York: Wiley.
- Mahoney, M. J., & Kazdin, A. E. (1979). Cognitive-behavior modification: Misconceptions and premature evacuation. *Psychological Bulletin*, 86, 1044-1049.
- Mahoney, M. J., & Thoresen, C. E. (1974). *Self-control: Power to the person*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of instructions and reinforcement on thinking and language behaviours

- of schizophrenics. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 101-114.
- Meichenbaum, D. H. (1973). Cognitive factors in behavior modification: Modifying what clients say to themselves. In C. M. Franks & G. T. Wilson (Eds.), *Annual review of behavior therapy: Theory, and practice* (pp. 416-432). New York: Brunner/Mazel.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation training: A clinical guidebook*. New York: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. H. (1993). Stress inoculation training: A twenty-year update. In R. L. Woolfolk & P. M. Lehrer (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed., pp. 152-174). New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. H. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with posttraumatic stress disorder*. Waterloo, Ontario, Canada: Institute Press.
- Meichenbaum, D. H., & Cameron, R. (1973). Training schizophrenics to talk to themselves. *Behavior Therapy*, 4, 515-535.
- Meichenbaum, D. H., & Cameron, R. (1981). Issues in cognitive assessment: An overview. In T. Merluzzi, C. R. Glass, & M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment* (pp. 3-15). New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. H., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. *Counseling Psychologist*, 16, 69-90.
- Meichenbaum, D. H., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 127-132.
- Meichenbaum, D. H., & Jaremko, M. (Eds.). (1983). *Stress management and prevention: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. H., & Turk, D. (1976). The cognitive-behavioral management of anxiety, anger, and pain. In P. O. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression, and pain* (pp. 1-34). New York: Brunner/Mazel.
- Meichenbaum, D. H., Turk, D., & Burstein, S. (1975). The nature of coping with stress. In I. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 2, pp. 337-360). New York: Wiley.
- Merluzzi, Z., Glass, C., & Genest, M. (Eds.). (1981). *Cognitive assessment*. New York: Guilford Press.
- Miller, R. C., & Berman, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapists: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, 39-53.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mischel, W. (1981). A cognitive-social learning approach to assessment. In T. Merluzzi, C. Glass, & M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment*. New York: Guilford Press.
- Mischel, W., Ebbesen, E. B., & Zeiss, A. (1972). Cognitive and attentional mechanisms in delay of gratification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21, 204-218.
- Monat, A., Averill, J. R., & Lazarus, R. S. (1972). Anticipating stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 237-253.
- Neimeyer, R. A. (1993). Constructivism and the problem of psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 133-157.
- Neimeyer, R. A. (1995). Constructivist psychotherapies: Features, foundations and future directions. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 231-246). Washington, DC: American Psychological Association.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Neufeld, R. W. J., & Mothersill, K. J. (1980). Stress as an irritant of psychopathology. In I. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 7, pp. 31-56). Washington, DC: Hemisphere.
- Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S., & Houts, P. S. (1998). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Nomikos, M. S., Opton, E. M., Jr., Averill, J. R., & Lazarus, R. S. (1968). Surprise versus suspense in the production of stress reaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 204-208.
- O'Hara, M. W., & Rehm, L. P. (1983). *Self-control group therapy of depression*. New York: Plenum Press.
- Orne, M. (1965). Psychological factors maximizing resistance to stress with special reference to hypnosis. In S. Klausner (Ed.), *The quest for self-control* (pp. 286-328). New York: Free Press.
- Paivio, A. (1971). *Imagery and verbal processes*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Prochaska, J. O. (2000). Change at differing stages. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century* (pp. 109-127). New York: Wiley.
- Rachlin, H. (1974). Self-control. *Behaviorism*, 2, 94-107.
- Rachman, S. J., & Wilson, G. T. (1971). *The effects of psychological therapy*. Oxford: Pergamon Press.
- Rachman, S. J., & Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy* (2nd ed.). Oxford: Pergamon Press.

- Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. (1981). A self-control therapy program for treatment of depression. In J. E. Clarkin & H. Glazer (Eds.), *Depression: Behavioral and directive intervention strategies* (pp. 68-110). New York: Garland Press.
- Richardson, F. C., & Suinn, R. M. (1973). A comparison of traditional systematic desensitization, accelerated massed desensitization, and anxiety management training in the treatment of mathematics anxiety. *Behavior Therapy*, 4, 212-218.
- Segal, Z. V., & Cloitre, M. (1993). Methodologies for studying cognitive features of emotional disorder. In K. S. Dobson & P. C. Kendall (Eds.), *Psychopathology and cognition* (pp. 19-50). San Diego, CA: Academic Press.
- Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1988). Cognitive assessment: Issues and methods. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 39-84). New York: Guilford Press.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1981). Cognitive assessment of depression. In T. Merluzzi, C. Glass, & M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment* (pp. 361-387). New York: Guilford Press.
- Spivack, G., Platt, J. J., & Shure, M. B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spivack, G., & Shure, M. B. (1974). *Social adjustment of young children*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stuart, R. B. (1972). Situational versus self-control. In R. D. Rubin, H. Fensterheim, J. D. Henderson, & L. P. Ullmann (Eds.), *Advances in behavior therapy* (pp. 67-91). New York: Academic Press.
- Suinn, R. M. (1972). Removing emotional obstacles to learning and performance by visuomotor behavior rehearsal. *Behavior Therapy*, 3, 308-310.
- Suinn, R. M. (1995). Anxiety management training. In K. D. Craig & K. S. Dobson (Eds.), *Anxiety and depression in adults and children* (pp. 159-179). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Suinn, R. M., & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- Sutton-Simon, K. (1981). Assessing belief systems: Concepts and strategies. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions* (pp. 59-84). New York: Academic Press.
- Turk, D. C., & Speers, M. A. (1983). Cognitive schemata and cognitive processes in cognitive behavioral interventions: Going beyond the information given. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 2, pp. 112-140). New York: Academic Press.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.